ROK I.

WIADOMOŚCI LEKARSKIE.

CZASOPISMO MIESIĘCZNE

poświęcone wszystkim gałęziom wiedzy lekarskiej

REDAGOWANE I WYDAWANE

przez

Dra J. K. Wiktora

we Lwowie.

Zeszyt ósmy.

SPIS RZECZY:

LWÓW.
CZCIONKAMI DRUKARNI LUDOWEJ
pod zarządem Stanisława Baylego.
1887.

Rok I. Lwów dnia 25 Lutego 1887. Nr. 8.

WIADOMOŚCI LEKARSKIE.

CZASOPISMO MIESIĘCZNE

poświęcone wszystkim gałęziom wiedzy lekarskiej.

Wychodzi raz na miesiąc w zeszytach objętości przeszło dwóch arkuszy.

Prenumerować można rocznie lub półrocznie.

Przedpłata wynosi wraz z przesyłką pocztową:

W państwie austryjackiem rocznie 3 złr. 40 ct.; półrocznie 1 złr. 75 ct.

W cesarstwie rosyjskiem rocznie 4 rs.; półrocznie 2 rs.

W cesarstwie niemieckiem rocznie 8 marek; półrocznie 4 marek.

We Francyi, Szwajcaryi, Włoszech, Serbii, Turcyi, Belgii etc. rocznie 12 fr.; półrocznie 6 fr.

Jeden zeszyt osobno kosztuje 30 ct.

Należytość najdogodniej przesyłać przekazem pocztowym.

Redakcyja i administracyja „Wiadomości lekarskich“ we Lwowie przy ulicy Akademickiej l. 16.

Wszystkie korespondencyje, reklamacyje, przesyłki etc. dotyczące redakcyi i administracyi uprasza się adresować do Dra J. K. Wiktora we Lwowie przy ulicy Akademickiej l. 16.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Ogłoszenia przyjmuje wyłącznie redakcyja i administracyja za opłatą 12 ct. od miejsca 1 wiersza bardzo drobnym drukiem (nonpareille); dołączenia zaś za opłatą każdorazowo umówioną.

Listów nieopłaconych redakcyja i administr. nie przyjmuje.

REDAKTOR ODPOWIEDZIALNY I WYDAWCA Dr. J. K. WIKTOR.

Niezwykły przypadek zrostu powiek z gałką oczną.

PODAŁ

Dr. med. Konrad Rumszewicz

(z Kijowa).

W połowie marca z. r. zjawił się do mnie starozakonny J. A., 40-letni, z następującemi zmianami w lewem oku. Zarysy brzegów obu powiek zupełnie są niewidoczne, również górny punkt łzowy, dolny punkt łzowy daje się spostrzegać, dolna część mięska łzowego obnażona, również widoczny jest brzeg dolnej powieki dalej ku ze wnątrz, na przestrzeni 3 mm. Rogówka ma postać skóry, która zresztą w niczem się nie różni od powłoki otaczających oko a zupełnie prawidłowych części i bezpośrednio w takowe przechodzi. Wypukłość zresztą ku przodowi gałki lewej nie różni się od wypukłości przymkniętego prawego oka. Przed rokiem choremu (kowalowi z zawodu) wpadł do oka spory kawał rozpalonego żelaza. Stan zapalny trwał przeszło trzy miesiące, rady zasięgał tylko u cyrulików. W pięć miesięcy po wypadku lekarz, który oglądał chorego, zadecydował, iż lewe oko zupełnie było stracone, gałka zaś całkowicie zrośnięta z powiekami.

Ponieważ zjawiska zapalne oddawna ustąpiły, przeistoczona w skórę rogówka i zrośnięte z nią powieki były zupełnie blade, miej

scami widoczne były dość grube żyły podskórne, w miejscu wszakże rogówce odpowiadającem grubszych naczyń nie było.

Naprężenie gałki było prawidłowem i prawidłowemi też były jak wrażenie, tak też umiejscowienie światła. Chory najzupełniej się pogodził z utratą wzroku w lewem oku, uskarzał się tylko na ciągłe, nader przykre bole w okolicy lewej gałki; przy najmniejszem chociażby poruszeniu prawego oka, utrzymywał że wskutek tego, mając potrzebę skierowania wzroku, chętnie zwracał raczej w pewnym kierunku cały tułów, by tylko uniknąć nader przykrego wrażenia w lewéj gałce. O ruchach tej ostatniej łatwo było sądzić z powodu, iż środkowa część jej była cokolwiek stożkowatą. Przekonałem się też, iż ruchy te właściwie bardzo były utrudnione i stosunkowo najswobodniej odbywały się ku górze i ku dołowi; przeciwnie ku wewnątrz, szczególnie zaś ku zewnątrz, były najsłabsze; jednocześnie widocznem było, iż wierzchołek stożka przesuwał się w kierunku nie prostej linii, lecz łuku.

Wprowadziwszy zgłębnik Bowmana obok samego mięska łzowego, przekonałem się najpierw, iż począwszy od kąta wewnętrznego aż do zrośnięcia z gałką oczną, t. j. na przestrzeni 3 mm. dolny załamek spojówki lewego oka przedstawiał się zupełnie prawidłowo. Chcąc zbadać, o ile powieka i gałka zrośnięte były dalej ku zewnątrz, zgiąłem zgłębnik Bowmana odpowiednio wypukłości gałki i wprowadziłem go w kierunku ku kątowi zewnętrznemu.

Przekonałem się, iż nietylko zgłębnik doszedł najswobodniej do samego kąta zewnętrznego, lecz wykonywane ku górze i ku dołowi ruchy upewniły mię, iż pomiędzy dolną cześcią gałki a wewnętrzną powierzchnią dolnej powieki znajdowała się prawidłowa próżnia, jedna i całkowita na całej przestrzeni, zrośnięty był bowiem tylko dawny brzeg wolny powieki, który wszakże o tyle ucierpiał, iż jak powiedziałem już, ostatecznie stracił pierworodny wygląd; nie podobna też było dostrzedz z powierzchni miejsca zrośnięcia jego z gałką.

Inaczej rzecz się miała z górną powieką. Na razie zgłębnika wprowadzić nie mogłem i przypuszczałem, iż istnieje tu zupełny zrost powieki z gałką. Nazajutrz dopiero, przy naciskaniu górnej części gałki w kierunku od zewnątrz ku wewnątrz, mięsko łzowe pokryła kropelka śluzu. Okoliczność ta, naprowadzając na domysł istnienia próżni chociażby niewielkiej w okolicy górnej fałdy, zachęciła mię do powtórnego badania za pomocą zgłębnika. Wkrótce też w istocie udało mi się wprowadzić takowy (Nr. 3 Bowmana) ponad samem mięskiem łzowem. Badanie to dowiodło istnienia próżni, która w kie-

runku ku kątowi zewnętrznemu miała długości 1·5 ctm.; brzeg dalszy powieki był przyrośnięty do gałki, chociaż nie szerokiem pasemkiem. Wysokość faldy stopniowo wzrastała, jednakże o 1·5 ctm. ku zewnątrz od mięska łzowego zgłębnik napotyka przechodzącą w kierunku ściśle pionowym przegródkę, która przy naciskaniu pozostaje nieruchomą. Tak więc mieliśmy tu niewielką próżnię w kształcie prostokątnego trójkąta, którego kąt prosty stanowiły przegródka pionowa wraz z przyrośniętym do gałki dolnym brzegiem górnej powieki. Zgiąwszy następnie zgłębnik nieco więcej, prawie pod prostym kątem, udało mi się wprowadzić go dalej ku zewnątrz, w okolicy samego załamka, możebne też były pewne ruchy tegoż dalej ku zewnątrz, na przestrzeni mniej niż 1·5 ctm., jednakże przekonać się tylko mogłem, że załamek na tej przestrzeni ocalał, że mieliśmy tu również niewielką próżnię pomiędzy gałką a powieką, której kształtu zresztą dokładnie określić nie mogłem. Nie udało mi się również wprowadzić zgłębnika dalej ku zewnątrz.

Tak więc badanie wykazało zrost dolnej powieki z gałką li tylko wzdłuż brzegu swobodnego, prócz 3 mm. obok kąta wewnętrznego, (na której to przestrzeni powieka swobodną była), za pomocą bardzo mocnego, chociaż wązkiego pasemka tkanki bliznowej (około 3 mm. szerokości, o ile za pomocą zgłębnika przekonać się mogłem). Co się tyczy górnej powieki, zbadać mogłem tylko wewnętrzną jej połowę; co do niej, widzieliśmy iż brzeg był zupełnie zrośnięty z gałką, w części wewnętrznej mieliśmy trójkątną próżnię, tu więc spojówki nie były zrośnięte, następnie znajdywała się pionowa przegródka, prawdopodobnie niezbyt gruba, dalej ku zewnątrz znów mieliśmy niewielką próżnię, do której wejście prowadziło w okolicy samego załamka, następnie znów mieliśmy przegródkę; w jakim zaś stanie znajdowała się zewnętrzna połowa spojówki górnej powieki, czy próżni zupełnie w niej nie było, względnie powieka zupełnie tu była z gałką zrośnięta, czy też może znajdowały się jeszcze niewielkie próżnie, t. j. iż zrost i tu był tylko częściowy, co do tego żadnych danych otrzymać się mi nie udało.

Bynajmniej nie rachowałem na przywrócenie wzroku w lewem oku; chodziło mi tylko o ułatwienie ruchów zwyrodnionej gałki i uwolnienie chorego od bolów przy ruchach, na które najbardziej się uskarżał. Obiecywałem też sobie, iż bez trudności uda mi się odtworzyć dolną powiekę, co się zaś tyczy górnej, to co najmniej znacznie go zmniejszyć. To też 17 marca wprowadziłem przez otwór w części wewnętrznej do dolnego worka spojówki rowkowany zgłębnik i wzdłuż niego bez najmniejszej trudności przeciąłem zrośnięcie całego brzegu dolnego; krwotok wcale nie był obfity, dolny

worek w istocie był prawidłowy, obie powierzchnie związałem za pomocą pięciu jedwabnych szwów. W tak łatwy sposób dala się odtworzyć dolna powieka prawie na całej przestrzeni, gdyż od kąta zewnętrznego oka była odległą tylko o 3 mm. Gdy wszakże później badałem zgłębnikiem zewnętrzną część załamka dolnego spojówki, przekonałem się, iż znajduje się tu również przegródka, posiadająca otwór, przez który dalej wprowadzony zgłębnik dowiódł, iż zewnętrzna część górnej powieki, wprawdzie na niewielkiej przestrzeni, zrośniętą jest z gałką tylko obok brzegu samego, dalej zaś ku górze istniała również próżnia. Nie zawahałem się też przeciąć niezwłocznie zrośnięcie, mające postać delikatnej błony, posunąłem się dalej pod kątem prostym w kierunku brzegu dolnego górnej powieki, na przestrzeni 2 mm. od kąta zewnętrznego. Dodałem jeszcze trzy szwy, łączące spojówkę ze skórą i w ten sposób utworzyłem kąt zewnętrzny powiek. Co się tyczy przeciętego mostka, w obrębie spojówki chrząstki, zbliżyłem brzegi braku za pomocą dwóch cienkich jedwabnych szwów, na odpowiedniej zaś spojówce gałki — za pomocą tylko jednego środkowego. Przygotowałem następnie cienki a długi woreczek z waty odtłuszczonej, posypałem takowy jodoformem, włożyłem go do utworzonych dolnej fałdy i kąta zewnętrznego i zaopatrzyłem odpowiednim opatrunkiem. Nazajutrz usunąłem szwy, ropienia wcale nie było, we dwa dni zaś później pozostawiłem oko bez wszelkiego opatrunku. *) Wywiązał się następnie nieżyt spojówki, który trwał zaledwie kilka dni. Utworzone dolna powieka i kąt zewnętrzny nic nie pozostawiały do życzenia.

W dziesięć dni po pierwszej operacyi, t. j. 27 marca, przystąpiłem do operacyi na górnej powiece, zdecydowawszy się z góry operować „pas sur pas“. Wprowadziłem też przez otwór do załamka górnego zgięty pod kątem prostym zgłębnik Bowmana i doprowadziłem koniec tegoż do zrośnięcia brzegu powieki, następnie przetknąłem nożyce, odciąłem brzeg powieki aż do kąta wewnętrznego, później skierowałem nożyce ku zewnątrz do końca zgłębnika, przesunąłem je śmiało pomiędzy gałką a powieką górną, wiedząc z uprzedniego badania, iż istniała tu również próżnia. Przegródka pionowa nie wydała mi się grubą, rozciąłem ją też do samego załamka jednem cięciem nożyczek. W ten społób utworzyłem brzeg górnej powieki na przestrzeni przeszło 2·5 ctm. Powstałe po przecięciu przegródki braki wynosiły na spojówce gałki 4 mm., na spojówce chrząstki (przynajmniej w dolnej części jej, gdyż górna wcale nie była widoczną), nie-

*) Zasady tej trzymam się stale przy operacyjach na powiekach lub spojówce dokonywanych, gdy szwy nazajutrz po operacyi są usunięte.

spełna 3 mm. Ze zbliżeniem brzegów ich trudna była rada, gdyż z powodu pozostałego zrostu zewnętrznej połowy powieki mogłem tylko podnieść ją ku górze, przeto udało mi się zbliżyć brzegi braku na spojówce chrząstki li tylko za pomocą dwóch szwów, górna zaś część załamka pozostała nie zaszytą. W miejcu odpowiedniem brzegowi dolnemu powieki umieściłem trzy szwy. Wprowadziwszy następnie zgłębnik, dokładniej zbadać mogłem mocną przegródkę, której brzeg wewnętrzny skierowany był od zewnątrz ku wewnątrz i z góry ku dołowi. Niespodzianie spostrzegłem, iż obok brzegu górnego rogówka pozostala przeźroczystą na przestrzeni około 3 mm.

W tydzień później przekonać się mogłem, iż wynik operacyi o tyle tylko był niezupełny, ile że ku górze powstał na nowo wązki zrost częściowy obu spojówek długości prawie 0·5 ctm. czego się zresztą spodziewałem z powodu, iż zbliżenia brzegów przeciętego zrostu pionowego nie mogłem uskutecznić w okolicy samego załamka. W każdym razie, zważywszy stan, w jakim chory początkowo się stawił, wynik operacyi przyznać to mogę, bardzo był pomyślny.

Wszakże zewnętrzna trzecia część powieki górnej pozostała zrośnięta z gałką. Napróżno szukałem zgłębnikiem otworu w przypuszczeniu istnienia choć niewielkiej próżni już od strony wytworzonéj częściowo górnéj powieki, już od kąta zewnętrznego oka. Oczywistem było, iż w miejscu tem mieliśmy zupełny zrost obu odpowiednich listków spojówki. Przestrzeń dość znaczną była, gdyż wynosiła w kierunku poziomym cały 1 ctm. Ponieważ warunki, w jakich się chory znajdował, nie pozwalały myśleć o przesadzeniu spojówki, postanowiłem z góry poprzestać na przykryciu braków spojówką gałki. To też wprowadziwszy nożyce na granicy utworzonej części powieki górnej, skierowałem je ku kątowi zewnętrznemu, potem oddzieliłem zewnętrzną cząstkę górnego worka spojówki, wytworzoną podczas pierwszej operacyi, w końcu oddzieliłem zrost na całej przestrzeni, aż do załamka górnego. Krwotok wcale nie był obfity, chory bez zadania chloroformu a tylko przy użyciu kokainy, zachowywał się dość spokojnie. Ze spojówki gałki wykroiłem czworobok 1 ctm. w podstawie, więcej cokolwiek wysokości mający, oddzieliłem go od tkanki białkówkowej, oszczędzając nadbiałkówkową, nie na całej jednak przestrzeni, gdyż kąta górnego i zewnętrznego wcale nie ruszałem. Do pozostałych trzech kątów zawczasu wprowadziłem nici jedwabne, wygotowane w sublimacie, o dwóch igłach. Na nich tedy podniosłem wykrojony płat, połączony ze spojówką pozostałą przez mostek ku górze i ku zewnątrz położony a szerokości mający około 3 mm i przeniosłem ją na wywróconą górną powiekę w ten sposób,

iż kąt dolny i wewnętrzny płatu, stał się górnym i zewnętrznym, kąt dolny zaś i zewnętrzny, górnym i wewnętrznym, kąt górny i wewnętrzny — dolnym i zewnętrznym; w środku każdego boku wetknąłem pozostałe igły i związałem nici. W mostku, łączącym płat ze spojówką, połączyłem też górny listek z brzegiem spojówki w okolicy załamka. Pozostała tylko obnażoną i pozbawioną spojówki znaczna część powierzchni gałki w okolicy górnego i zewnętrznego wycinka. Nie widząc możności zastosowania sposobów Knappa lub Teale, poprzestałem na zbliżeniu do siebie brzegów braku na spojówce gałki za pomocą dwóch szwów (z jedwabiu wygotowanego w sublimacie), by zaś ułatwić zbliżenie, rozciąłem spojówkę gałki w kierunku promienistym, w odległości 1 ctm. od brzegu wewnętrznego braku.*) Jak po dwóch poprzednich, tak też po tej operacyi ropienia wcale nie było. Nici w obrębie braku na spojówce gałki wycofałem nazajutrz, szwy w obrębie spojówki chrząstki przerznęły się same przez się na 3—5 dzień.

Tak więc po trzech operacyjach udało się utworzyć górną i dolną powiekę. Co prawda, szpara powiek lewego oka w środku o 3 mm. prawie szerszą była niż w prawem oku, rzęs wcale nie było, w okolicy załamka górnego pozostawały dwa niewielkie zrosty, jeden następczy po pierwszej operacyi, drugi zaś zupełnie nieznaczny powstał po trzeciej operacyi, wskutek przekręcenia płatu spojówkowego z gałki ku chrząstce. Zrosty te wszakże ruchów gałki bynajmniej nie krępowały, które też odbywały się zupełnie prawidłowo.

Co się tyczy stosunku brzegu powiek do gałki, ten był taki iż zrośnięte były one z dolną częścią dawnej rogówki. Łącząc za pomocą szwów wytworzone brzegi powiek bynajmniej się nie troszczyłem o rany powstałe gałki, które też własnemu pozostawiałem losowi; goiły się one bardzo prędko, pozostawiając nieznaczne i bynajmniej nad poziom nie wzniesione blizny.

Po wytworzeniu powiek mieliśmy w końcu skórzak rogówki, zajmujący ledwie nie całą jej powierzchnię, gdyż tylko ku górze obok brzegu samego mieliśmy wysepkę przeźroczystą wielkości około 3 mm. W okolicy tej wykonałem następnie sztuczną źrenicę, poczem wzrok równał się $^{8}|_{200}$.

---

*) W środku pozostał dość znaczny brak. Nie wiele sobie jednak z tego robiłem, gdyż przekonałem się, że przeciwgnilne postępowanie upoważnia do pozostawienia obnażonemi od spojówki znacznych nawet części białkówki, bez obawy ropienia i z prędkiem odrodzeniem nabłonka.

Próby racyjonalnego leczenia gruźlicy płuc

PODAŁ

Dr. TYMOWSKI

ze San Remo.

Dnia 12. Lipca 1886 Dr. Bergeon z Lyonu wystąpił w Akademii Nauk w Paryżu z nowym i zupełnie oryginalnym sposobem leczenia gruźlicy, przedstawiając świetne rezultaty, jakie osiągnął w krótkim czasie, używając wstrzykiwań gazowych w odbytnicę. Zrazu przyjęto owo sprawozdanie z niedowierzaniem wkrótce jednak pojawiły się doświadczenia innych lekarzy, zaczęto się zastanawiać nad teoryją opartą na bardzo wybitnych faktach, i jest nadzieja, że na tej drodze z czasem dobrych rezultatów spodziewać się można.

Wychodząc z zasady, że gruźlica jest chorobą pasorzytniczą, Dr. Bergeon zastosował środki, jedynie tylko zniszczenie laseczników gruźliczych mające na celu, i to w sposób taki, żeby właśnie cała tkanka płucna była na działanie tego środka wystawioną. Środkami temi są gaz siarkowodorowy, dwusiarczek węgla, jodoform i inne środki przeciwgnilne i lotne w połączeniu z gazem kwasu węglowego, — zastosowanie zaś ich polega na wstrzykiwaniu tych gazów do odbytnicy.

Siarkowodór przy gruźlicy płuc oddawna już był w użyciu. Prof. Cantani zastosowywał go w swojej klinice w Neapolu od roku 1881, ale szczególniej we Francyi wielu on liczy zwolenników i u licznych wód siarczarnych bardzo często spotyka się suchotników, tak jak w Niemczech i Austrji u wód alkalicznych. Dr. Séc w swojem dziele „De la Phtisie bacillaire des Poumons“ bardzo szeroko zastanawia się nad leczeniem siarkowodorem we wszelkich formach, jako to: picie wód, kąpiel, wziewanie, natryski i t. p. Dr. Niépce z Allevard donosił o znakomitem działaniu siarkowodoru przy gruźlicy płuc i ja także opisałem korzystny wpływ wziewań tego gazu („Gazzetta degli ospitali“ Nr. 46 z 1884 r.), a przedemną Dr. Zurkowski w swem dziele o Schinznach bardzo interesujące opisał przypadki wyleczenia. Zresztą, powtarzam, leczenie u wód siarczanych przewlekłych nieżytów oskrzeli, gardła i płuc we Francyi i Szwajcaryi jest w modzie, podczas kiedy u nas każdy z chorych na płuca od takich wód jak od zarazy ucieka.

Bądź co bądź jednak nie o to nam tu w tej chwili chodzi, gdyż Dr. Bergeon środki te zastosowuje w sposób, o jakim przed nim nikt jeszcze nie pomyślał, mianowicie wstrzykując gaz leczniczy chorym w odbytnicę.

Dr. Bergeon opiera się na doświadczeniu Claude-Bernard'a, który dowiódł, że gazy trujące mogą być bezkarnie wprowadzone do ustroju czy to przez żyły, czy naczynia limfatyczne, lub przewód pokarmowy, byle tylko nie dostały się do układu arteryjalnego, co przy pewnych ostrożnościach nigdy nie może mieć miejsca, gdyż przedtem w zupełności przez płuca wydalone zostaną. Rzeczywiście, gaz wstrzyknięty w odbytnicę, dostaje się do krwi żylnej prawego serca i płuc, z których zostaje wydalonym zanim dojdzie do lewego serca i arteryj. Przypominam Claudjusza Bernard'a doświadczenie z psem, któremu wstrzyknięto do krwi lub do odbytnicy całą strzykawkę gazu siarkowodorowego i przy którego pysku już w kilka sekund czernił się papierek umaczany w octanie ołowiowym. Wydalenie zupełne tej ilości gazu już po 5 minutach się ukończyło.

Zrazu Dr. Bergeon nie myślał o zastosowaniu gazu siarkowodorowego, ale probował najpierw inne środki gazowe przeciwgnilne, wstrzykując je do odbytnicy, ciągle mając na celu wydalenie tych środków przez płuca i umożebnienie zetknięcia się z tkanką płucną. Niektóre jednak z tych środków zupełnie nie były tolerowane, inne znów nie przedstawiały wielkich korzyści i tylko wstrzykiwania gazu węglowego i siarkowodorowego okazały się zupełnie nieszkodliwe, ale przeciwnie przyniosły chorym na gruźlicę rzeczywistą korzyść. Oprócz gazu siarkowodorowego stosował jeszcze Bergeon eucalyptol, jodoform, a Dr. Chautmesse dwusiarczek węgla. Już po krótkim czasie (kilku dniach) takiego leczenia, Dr. Bergeon zauważył ustąpienie gorączki, zmniejszenie się kaszlu i plwociny, i powoli wszelkie objawy chorobowe ustępowały. Jakkolwiek dopiero od kilku tygodni stosuję wstrzykiwania gazowe Bergeon'a, to jednak mogłem już stanowczo sprawdzić ich znakomite działanie, tak przy gruźlicy płuc, stosując siarkowodor, jak przy nieżytach oskrzeli i astmie stosując dwusiarczek węgla.

W Paryżu, Lyonie, Nicei i Mentonie wstrzykiwania gazowe bardzo się rozpowszechniły i istnieją do tego przyrządy różnej konstrukcyi. Ja używam przyrządu Dr. Morel'a z Lyonu. Jestto balon kauczukowy mogący pomieścić 6 litrów gazu węglowego, (który się wyrabia, lejąc kwas siarkowy na dwuwęglan sodu). Balon ten połączony jest z gruszką z zastawkami, taką samą, jakiej się używa przy klysopompach, a następnie z przyrządem specyjalnym (barbotteur), umieszczonym w butelce, w której się znajduje woda mineralna siarczana w celu wydobycia z niej gazu siarkowodorowego; w korku tejże butelki jest druga rurka, przez którą gazy już połączone (węglowy i siarkowodowy) wychodzą i wprost do odbytnicy się dostają. Poprzednio należy wydalić dokładnie powietrze z rurek i butelki, a potem w krótkich odstępach

gaz pompować. (6 litrów gazu w godzinę można już wpompować). Chcąc zastosować dwusiarczek węgla, lub eucalyptol, należy je wkroplić na watę umieszczoną w rurce szklannej, którą się wsuwa między balon z gazem a przyrząd do wstrzykiwania, zamiast owego barbotteura. — Czytelnikom chcącym się dokładniej obeznać z rzeczą, polecam broszurę Dra Morel'a: „*Nouveau Traitement des Affections des voier respiratoires* etc." par Dr. Morel. Paris. Masson Editeur.

„Z oddziału chirurgicznego powszechnego krajowego szpitala w Krakowie".

Mimowolna laparotomija. Wyleczenie.

PODAŁ

Prof. Dr. A. Obaliński

w Krakowie.

Niniejszy przypadek jako mogący się wydarzyć każdemu lekarzowi, nawet specyjalnie chirurgiją się nie trudniącemu, zasługuje na uwagę osobliwie tych szanownych kolegów, którzy zmuszeni są wykonywać praktykę lekarską we wszystkich gałęziach naszej nauki, co mię też właśnie do ogłoszenia go zniewala.

U 50-letniej wieśniaczki K. C. przystąpiłem w dniu 10 Listopada 1886 do warstwowego przecięcia ropnia, który utworzył się był od roku na brzuchu wskutek grzybowatego zapalenia kości kręgów lędźwiowych. Po zachloroformowaniu chorej, zbadałem okolicę brzucha powtórnie z wszelką dokładnością i przekonałem się, że zimny ów ropień jest wielkości głowy człowieka dorosłego, i że w okolicy lewej zatoki biodrowej okazuje najwybitniejsze chełbotanie, jakkolwiek oprócz niej wysadzona była także okolica lędźwiowa a nawet przednia udowa tuż pod więzem Pouparta. Cięcie poprowadziłem podobnie jak w celu podwiązania tętnicy biodrowej wspólnej t. j. z góry na dół, długości około 8 ctm. i na dwa palce ku wewnątrz od kolca biodrowego przedniego górnego, i to z wszelką ostrożnością, bo albo na zgłębniku rowkowanym albo między dwoma szczypczykami. Gdy wszystkie trzy warstwy mięsne przeciąłem, zbadałem jeszcze raz a przekonawszy się, że chełbotanie wyraźnie czuć się daje przynajmniej jeszcze na trzy palce ku wewnątrz od miejsca odsłoniętego, wbiłem śmiało przez pozostałe rozcięgna nożyk kończysty, poczem zaczęła odpływać ropa rzadka, niecuchnąca, a tu i owdzie zbitsze kawałki skrzepłego włóknika wykazująca. Jakież było moje zdziwienie, gdy nagle ropa przestała odpływać a ja chcąc usunąć domniemany jaki

kawałek włóknika zatykający otwór, wydobyłem najprzód część sieci a następnie za nią się wypychające jelito cienkie. Odprowadziwszy obydwa twory nazad do jamy brzusznej, zbadałem otwór i przekonałem się, że nóż musiał przy nakłuciu natrafić na sam załamek otrzewny, znalazłem bowiem dwa otwory obok siebie, jeden prowadzący do jamy otrzewnowej a drugi do ropnia na zewnątrz niej położonego, za czem przemawiała i ta okoliczność, iż gdy lewy wskaziciel wprowadziłem do jednego otworu a prawy do drugiego, spotykały się obydwa w głębi przedzielone tylko cienką warstwą błoniastą.

Gdy więc w ten sposób się wyjaśniło, że ropa nietylko na zewnątrz, lecz musiała się dostać także i do jamy otrzewnowej, nie pozostawało mi nic innego, jak wykonać natychmiast zupełną laporotomiję w celu usunięcia ropy z jamy otrzewnowej i jej dokładnego oczyszczenia. W tym celu zamknąłem najprzód otwór prowadzący do ropnia kleszczykami Peana, następnie przeciąłem otrzewnę ścienną ku dołowi na 8—10 ctm., wypuściłem z głębi małej miednicy około 300 gm. ropy rzadkiej a w końcu przepłukiwałem 3% roczynem boru dopóty, dopóki odpływający płyn nie był zupełnie czystym.

Przy zamknięciu jamy brzusznej zeszyłem osobno otrzewnę ze sobą, a resztę części miękkich wraz z otworem prowadzącym do ropnia osobno. Zagojenie rany nastąpiło przez rychłozrost; przebieg bezgorączkowy. Po 8 dniach usunąłem szwy a po drugich ośmiu dniach otworzyłem w innem miejscu ropień, założyłem weń dren i przestrzyknąłem gliceryną z jodoformem, poczem jama tak znacznie się zmniejszyła, że pacyjentka mogła w dniu 6 Grudnia w polepszonym stanie opuścić zakład.

Przypadek ten poucza nas, jak ważną jest rzeczą dokonywanie otwarcia ropni na brzuchu za pomocą cięcia warstwowego; bo jakkolwiek i w ten sposób możemy uledz jeszcze złudzeniu i dostać się równocześnie do dwóch jam, to przecież w takim razie dowiadujemy się o tem natychmiast, a jak się właśnie z przebiegu niniejszego przypadku pokazuje, wcześnie wykonana laparotomija i oczyszczenie jamy otrzewnowej uwieńczone bywają dobrym skutkiem.

W razie nakłucia dowiadujemy się o nieszczęsnej komplikacyi dopiero z przypadów ostrego septycznego zapalenia otrzewny. Że i w takich przypadkach może jeszcze laparotomija zapobiedz niechybnej śmierci, znane już są w literaturze przykłady, jednak zawsze korzystniejszą będzie rzeczą, jeżeli zdołamy wkroczyć przed wystąpieniem groźnych objawów.

Sprawozdania.

Medycyna wewnętrzna.

Dr. Merunowicz. **Przyczyny tyfusu i śmiertelności wskutek tyfusu w Galicyi w ostatnich latach.**

Z dostępnych autorowi dat statystycznych rządowych wysnuwa tenże następujące wnioski:

W skutek cholery azyjatyckiej umarło w Galicyi podczas ostatniej epidemii (1872|3) około 100.000 ludności, wskutek tyfusu brzusznego i plamistego ogółem umiera zaś w Galicyi co rocznie 8.000 przeciętnie, a zatem od r. 1872|3 do 1886 włącznie umarło wskutek tyfusu około 104.000 ludności, t. j. o 4 tysiące więcej, jak wskutek cholery. Ponieważ co do trwania i pociągania za sobą niezdolności do pracy zawodowej na cholerę w przecięciu oblicza się zwykle dni 10, a na tyfus trzeba obliczyć najmniej dni około 30, przeto wynika ztąd, że tyfus u nas zrobił równie znaczne spostoszenie w ludności jak cholera, a co do strat ekonomicznych, to straty te są wskutek tyfusu w przeciągu ostatnich 13 lat kilka razy większe od szkody przez cholerę wyrządzonej.

Śmiertelność wskutek tyfusu jest w różnych stronach kraju rozmaitą. Powiaty zachodnie Galicyi okazują ½ pro mille śmiertelności, wschodnie natomiast większą, tak że śmiertelność w kraju jest 1½ pro mille. Największą śmiertelność okazują powiaty, Drohobycki i Samborski (do 3½ pro mille) a tylko jeden raz wykazał powiat Jaworowski największą śmiertelność wskutek tyfusu (4 pro mille).

Jako zwolennik teoryi kontagijonistycznej utrzymuje M. że jednym z gniazd tyfusu w Galicyi wschodniej jest Borysław, dokąd około 6000 robotników z odległych nawet stron się schodzi. Jest tam bowiem i niechlujstwo wielkie i nędza straszna, stósunki sanitarne w najwyższym stopniu zaniedbane, istna kolebka tyfusu. Robotnik ubogi zachoruje tu, a nie mając nawet gdzie głowy położyć wraca zwykle do domu, gdzie zanosi chorobę i rozszerza dalej. W Borysławiu leży widocznie powód tak wielkiej śmiertelności z tyfusu w powiatach Drohobyckim, Samborskim i sąsiednich gdzie nadto jest ludność bardzo uboga. Również w budowie będąca kolej Stryj Beskid gromadzi wiele robotników, którzy także dla braku odpowiednich zarządzeń sanitarnych zapadają na tyfus i roznoszą takowy po kraju. Jedyną radą na to byłoby chyba zmuszenie gminy Borysławia, aby pobudowała szpital. W powiatach podolskich trudniej zbadać przyczynę tyfusu, tam jednak zdaje się tyfus bywa zawleczonym z Bukowiny, a podnieść należy, że w tamtych powiatach ludność jest zamożniejszą, niż w powiecie Drohobyckim i Samborskim.

Nie bez wpływu widocznego na śmiertelność wskutek tyfusu jest także i nałóg pijaństwa; tam bowiem gdzie ludność więcej temu nałogowi się oddaje, jest śmiertelność większa. Przyczyną rozwlekania choroby jest nadto ciemnota ludu, wskutek której nie przestrzegają zarządzeń sanitarnych, odwiedzają się wzajemnie w czasie choroby lub śmierci i popełniają błędy dyjetetyczne l. t. p.

Roboty przy wycinaniu lasów i obrabianiu drzewa gromadzące w niektorych miejscach kraju większe ilości robotników, a przemytnictwo w graniczących z Rossyjskiemi prowincyjami powiatach bywa również często przyczyną rozwleczenia tyfusu po kraju.

Obok wyliczonych jest jeszcze jedno ważne i obfite źródło tyfusu panującego w kraju, a tem są więzienia i areszta, a raczej opłakany stan, w jakiem się takowe po największej części znajdują. Tak n. p. w r. 1886 w Winnikach było w aresztach, w trzech małych izdebkach przeszło 35 więźniów. Z tych zachorowało naraz 10 osób. Ponieważ według brzmienia kodeksu karnego nie wolno jest rozpoczętej kary więzienia przerywać, przeto nie puszczają więźniów, gdy zachorują; a natomiast gdy więzień jest nawet jeszcze chory a karę odsiadywać już ukończył, puszczają go do domu i w ten sposób zarazę szerzą po kraju. Wskutek takiego postępowania w Biłce i Czyżykowie zachorowało 16—17% ludności na tyfus, a umarło do 8% z tych co zachorowali. Wskutek zarządzenia władzy politycznej dezinfekcyjonowano wprawdzie więzienie, ale wnet, wybuchł tyfus w więzieniach na nowo gdyż dezinfekcyja zdaje się nie była dostateczną. Więzienia Sądu obwodow. Brzeżańskiego, dalej w mieście Przemyślanach były w taki sam sposób powodem epidemii. Więzienia sądowe w Mszanie dolnej były powodem groźnej epidemii w Koninie (umarło tam do 14°|₀ chorych).

Więzienia Sądu obwodowego w Wadowicach, gdzie Sąd, więzienia i szpital mieszczą się w jednym gmachu, były także tyfusem nawiedzone, i wiele by jeszcze można epiedemij tyfusu w więzieniach na dowód przytoczyć.

Na to byłoby radą oczywiście odpowiednie urządzenie więzień, dalej szpitali, i w ogóle większe przestrzeganie higijenicznych warunków i zarządzeń sanitarno-policyjnych przez c. k. Sądy. Wydatki na to zwróciłyby się niezawodnie, w ostatnich 13 latach bowiem jak to z dat przez M. przytoczonych widać, prócz straty w ludziach i innych zwykłych koniecznych strat, szkoda ekonomiczna sama w dniach roboczych wyrażona wynosi przeszło 240 000 dni rocznie wskutek śmierci tyfusu. (Podług wykładu mianego na posiedzeniu sekcyi lwowsk. Tow. lek. gal. dnia 12 Lutego 1887). *Dr. Wiktor.*

---

*) Uwagi o tyfusie w r. 1886 dotyczą tyfusu wysypkowego (plamistego).

Pasteur. **Sposób zapobiegania wściekliźnie po ukąszeniu.** (Sprawozdanie z posiedzenia akademii lekarskiej w Paryżu dnia 2. Stycznia 1886).

Powołując się na poprzednie swoje doniesienia dotyczące metody zapobiegania wściekliźnie uwiadamia Pasteur, że od 1. marca 1886 leczył Dr. Grancher w jego pracowni 350 osób pokąsanych przez psy stanowczo wściekłe (niektóre przez psy podejrzane o wściekliznę). Ponieważ otrzymano dobre wyniki leczenia, przeto wydało się P. koniecznem utworzenie zakładu do szczepienia zapobiegawczego przeciw wściekliźnie. Do dnia 2 Stycznia 1886 zgłosiło się do Paryża 2490 osób. Leczenie większej ilości pokąsanych było jednakowem pomimo różnych warunków (wieku, płci, części ciała pokąsanej, siedziby i głębokości rany, czasu ubiegłego od chwili pokąsania etc.). Leczenie trwa dni 10. Osobom pokąsanym wstrzykują codzień rozrobiony rdzeń królików, zaczynając od rdzenia 14 dni suszonego a kończąc 5 dni tylko suszonym. Francuzów leczono 1700, reszta 790 ze wszystkich stron świata.

Na dowód skuteczności leczenia swoją metodą przytacza P., że na 1700 leczonych tylko 10 przypadków było bez skutku. Jest to wynik otrzymany w pierwszym roku stósowania metody P.; statystyka ta wykazuje podług P. bardzo znaczną skuteczność jego metody zwłaszcza w porównaniu ze śmiertelnością wskutek wścieklizny. P. twierdzi na pewno, że z pomiędzy Francuzów pokąsanych w r. 1885 i 1886 bardzo mała ilość nie poddała się szczepieniu, a i na tę małą ilość było 17 przypadków śmierci wskutek wścieklizny. Na dowód swych twierdzeń przytacza P., że podług dokładnie zebranych danych urzędowych zmarło w ostatnich 5 latach w szpitalach paryzkich 60 osób t. j. 12 rocznie wskutek wścieklizny.

Żaden rok nie był wolnym od przypadkow śmierci wskutek wścieklizny, w ostatnim roku było ich 21. Od 1 Listop. 1885 r., gdy weszła w życie metoda P., umarło w szpitalach paryzkich tylko 2 osób nie szczepionych i jedna szczepiona, ale sposobem pierwotnym nie zaś nowym sposobem, który P. forsownym nazywa. Najwięcej umarłych wskutek wścieklizny pomimo szczepienia zapobiegawczego było dzieci i to pokąsanych w twarz. P. przekonał się że pierwotnie podany sposób szczepienia, zwłaszcza dla tego roozaju pokąsanych nie jest dostatecznym. Do tego przekonania doszedł P. niestety dopiero po dłuższem doświadczeniu. Historyja Rossyjan pokąsanych była pierwszą nauką pod tym względem. Gdy P. widział, żo z 19 Rossyjan pokąsanych jeden umarł wśród leczenia a dwóch po ukończonem leczeniu, zatrwożył się bardzo o życie reszty i zaczął przypuszczać, że metoda jego jest niedostateczną przeciw wściekliźnie od wilka (?). P. przypomniał sobie wtedy że wszyst-

kim psom, które szczepił ochronnie przeciw wściekliźnie, wstrzykiwał rdzeń zakażony wydobyty tego samego dnia i że pierwszemu choremu J. Meisterowi ostatnie szczepienie zrobiono ze rdzenia wyjętego w przeddzień szczepienia. Tak samo prawie postąpił P. i z 16 Rossyjanami, dochodząc przy szczepieniu ich pierwotnem do rdzeni wydobytych 4, 3 i 2 dnia przed ostatniem szczepieniem. Prawdopodobnie więc do tego powtarzanego szczepienia należy odnieść wyleczenie owych 16 Rossyjan którzy do dziś są zupełnie zdrowi. Tym wynikiem i nowemi doświadczeniami zachęcony P. zmienił swoją metodę, czyniąc ją od razu forsowniejszą i energiczniejszą we wszystkich przypadkach, a jeszcze więcej gwałtowną w przypadkach pokąsanych w twarz, jako też przy ukąszeniach głębokich i wielokrotnych na obnażonych częściach ciała. Dziś po ukąszeniach w twarz, głowę i t. p. przyspiesza P. szczepienie, aby dojść rychło do szczepienia rdzeniem najświeższym. Tak n. p. I-go dnia wstrzykuje trzy razy rdzenie 12, 10 i 8 dniowy (o godz. 11 rano, 4 po południu, i 9 wieczór); II-go dnia rdzenie 6, 4 i 2 dniowy w tych samych godzinach; III-go dnia rdzeń 1-dniowy; następnie leczenie się zmienia, mianowicie IV-go dnia rdzenie 8, 6 i 4-dniowy; V-go dnia rdzenie 3 i 2-dniowy; VI go dnia rdzeń 1 dniowy.

W ten sposób postępuje P. przez 10 dni, prowadząc każdego do coraz to świeższych rdzeni (?). Jeżeli ukąszenia się nie zabliźniły lub osoby pokąsane zwlekają z poddaniem się leczeniu, to po przerwie dwu lub kilkudniowej musiano na nowo tego samego postępowania się chwycić i dosięgnąć okresu 2 do 5-tygodniowego, niebezpiecznego dla dzieci pokąsanych w twarz. Od 2 miesięcy stósuje P. tę nową metodę w ciężkich pokąsaniach, a wynik jej jest dotąd bardzo pomyślny.

Na dowód tego przytacza warunki pokąsania i szszepienia 6 dzieci których pierwotna metoda nie uratowała, jakoteż 10 dzieci ciężko pokąsanych, u których teraz zastósował metodę forsowną. Chociaż nie często się zdarza, ażeby okres niebezpieczny dla dzieci w twarz pokąsanych przeminął w 4 do 6 tygodniach, to jednak P. ufa, że owe 10 dzieci są już zabezpieczone od wybuchu wścieklizny. Ponieważ nowy sposób leczenia wymaga liczniejszej usługi — przeto przyjął chętnie współpracownictwo 4 lekarzy. P. przedstawia jeszcze Akademii wyniki nowych doświadczeń swych na psach. Ponieważ możnaby zarzucić szczepieniu stósowanemu u ludzi po ukąszeniu, uzasadnionemu na szczepieniu ochronnem psów przed ukąszeniem, że nie było dostatecznie wykazanem jakoby zwierzęta były wolne od wścieklizny po zaszczepieniu im takowej, przeto wspomina P. w odpowiedzi na ten zarzut, że psy po trepanacyi i po zaszczepieniu im

pod opony mózgu wścieklizny niespokojnie się zachowują (?). Szczepienie po trepanacyi jest najpewniejszem i skutki jego są stałe. Pierwsze doświadczenia P. w tym kierunku sięgają Września r. 1885. Skutki były dwojakie. W ciągu ostatnich miesięcy chwycił się P. na nowo tych doświaczeń, o ile mu na to czas pozwolił. Warunki udania się tych doświadczeń są następujące. Szczepienie lecznicze powinno się zacząć rychło po inokulacyi wścieklizny (nazajutrz), i należy w tem postępować szybko; wstrzyknąć seryję rdzeni mających chronić od wybuchu choroby w przeciągu doby, a nawet w krótszym jeszcze terminie, potem powtórzyć co 2 godziny to samo postępowanie 1 lub 2 razy. Jeżeli Fritschowi w Wiedniu nie powiodły się w podobny sposób wykonane doświadczenia, to powodem tego był powolny sposób szczepienia. Dla osiągnięcia pomyślnych wyników należy forsownie postępować, szczepić zwierzęta w krótkich odstępach czasu a potem szczepić powtórnie na nowo. Powodzenie bowiem w ogóle szczepień zwierząt po zakażeniu ich wżcieklizną (przez trepanacyję) zawisło od szybkości wstrzykiwań i mocy rdzeni wstrzykiwanych, a ochronienie od wybuchu osiągnięte przy takich warunkach jest najlepszym dowodem skuteczności sposobu postępowania. *) *W.*

Prof. Frisch. **O bedaniach Pasteura nad zarazkiem wścieklizny i o jego metodzie zapobiegania wściekliźnie.** (Sprawozdanie z posiedzenia Akademii umiejętnośei we Wiedniu).

Na posiedzeniu dnia 16 Grudnia 1886 donosi F. o wynikach badań swych przedsięwziętych w celu przekonania się o prawdzie twierdzeń Pasteura o zarazku wścieklizny, przeszczepianiu, wzmacnianiu i osłabianiu tegoż zarazka, jakoteż o wywnioskowanem z tychże osiąganiu bezpieczności (immunitas) od wścieklizny.

Najważniejsze wyniki doświadczeń F. są następujące:

1) Zarazek wścieklizny najsilniejszy tkwi w ośrodkach nerwowych (mózg i rdzeń) zwierzęt padłych wskutek wścieklizny.

2) Małe ilości istoty mózgo-rdzeniowej z psów padłych wskutek wścieklizny wstrzyknięte innym zwierzętom po trepanacyi pod opony mózgu wywołują z bezwzględną pewnością tę samę chorobę po upływie okresu wylęgania od 14—21 dni. Z tychże zwierząt można wściekliznę w ten sam sposób przeszczepiać na inne zwierzęta.

3) Po tekiem samem zaszczepieniu istoty mózgu pochodzącego z ludzi zmarłych wskutek wścieklizny zapadają zwierzęta na wściekliznę wśród takich samych objawów i po takim samym okresie wy-

*) Nad wykładem Pasteura rozwinęła się dyskusyja, która jednak nie wyjaśniła wcale sprawy, zamiast ją więc przytaczać lub zbijać twierdzenia Pasteura przyraczamy wyniki badań Fritscha w tej samej kwestyi podjętych.

lęgania. Przez to udowodnioną została tożsamość sprawy chorobowej wścieklizny u ludzi i zwierząt.

4) Przez wstrzyknięcie podskórne istoty mózgordzeniowej ze zwierząt padłych wskutek wścieklizny, nie wywołuje się wścieklizny tak niezawodnie jak przez szczepienie pod opony mózgu i okres wylęgania jest dłuższy jak po szczepieniu pod opony mózgu.

5) Ilość wstrzykniętego podskórnie zarazka zdaje się stać z długością okresu wylęgania w odwrotnym stósunku, tj. im mniej zarazka wstrzyknięto, tym okres wylęgania jest dłuższy.

6) Przeszczepiając zarazek wścieklizny pod opony mózgu na króliki przez kilka generacyj, dochodzi się po pewnym szeregu generacyj do tego, że okres wylęgania staje się początkowo nieregularnym, później zaś regularnym i stale coraz to krótszym.

7) Przez takie przeszczepianie z królików na króliki przez 40 do 50 generacyj, uzyskany przez Pasteura t. zw. „Virus fixe" (po zaszczepieniu którego okres wynosi tylko 7 dni), przewyższa co do jadowitości zarazek wścieklizny t. zw. ulicznej (Strassenwuth) nie tylko przez to, że pierwej chorobę wywołuje, ale i przez to, że, czy to zaszczepiony pod opony mózgu, czy też wstrzyknięty podskórnie, zabija zwierzęta nim zakażone bez wyjątku.

8) Ten „Virus fixe" zdaje się że nie może przez dalsze przeszczepienia stać się silniejszym o tyle, ażeby po jego zaszczepieniu krótszy był okres wylęgania (niektóre tylko zwierzęta giną już szóstego dnia), natomiast i 7-dniowy okres wylęgania nie jest stałym i zdarza się, że się niekiedy przedłuża do 8, 10 a nawet 12 dni. Taki sam okres wylęgania (8, 10 do 12 dni) a więc i zarazek o temże nasileniu można uzyskać także przez przeszczepienie tak zwanej wścieklizny ulicznej (Strassenwuth) niekiedy już w 2 lub 3 generacyi.

9) „Virus fixe" z 7-dniowym okresem wylęgania można uzyskać nietylko za pomocą postępowenia podanego przez Pasteura, powstaje on niekiedy niezależnie od szeregu przeszczepiań, czasem znacznie wcześniej i taki zarazek okazuje się potem stałym tak co do działania przy dalszych przeszczepianiach jak i co do okresu wylęgania.

10) Przez wysuszenie istoty mózgordzeniowej przy 20° C. nad potażem żrącym słabnie jadowitość (Virulenz) kawałków rdzenia z każdym dniem tak, że po 14 do 16-dniowem wysuszeniu zupełnie wygasa.

11) Zwierzęta doświadczalne którym wstrzyknięto podskórnie po kolei osłabioną szczepiankę (z kawałków rdzeni suszonych dłuższy lub krótszy czas), osiągają przez tę osłabioną szczepiankę ochronę przeciw działaniu szczepianki mocniejszej, ale tylko wtedy, gdy stopniowo coraz mocniejszą szczepianką je szczopiono i gdy te szczepienia nie następowały po sobie zbyt rychło.

12) Zwierzęta, którym w przeciągu 10 dni zaszczepiano zarazek coraz to mocniejszy (ze rdzenia suszonego 16 dni aż do suszonego tylko 1 dzień dochodząc) nie okazały się (wbrew twierdzeniu Pasteura) stanowczo bezpiecznemi (immun) od świeżego zarazka wścieklizny ulicznej i tylko wyjątkowo pozostały zdrowemi po szczepieniu pod opony mózgowe.

13) Króliki i psy, które zaszczepiono po trepanacyi pod opony mózgu zarazkiem wścieklizny ulicznej (z 16-dniowym okresem wylęgania) a potem poddano szczepieniu zapobiegawczemu w sposób powyżej podany, zachorowały wszystkie bez wyjątku na wściekliznę i padły wskutek wścieklizny.

14) Przeciw temu szczepieniu zapobiegawczemu podniósł Pasteur zarzuty, że za powoli je wykonywano, chociaż Fr. postępował ściśle podług wskazówek przez Pasteura przedtem podanych. Teraz wymaga Pasteur ażeby wszystkie szczepianki wstrzykiwać podskórnie w przeciągu 24 godzin (co 2 godziny i powtórzyć 2—3 razy cały szereg szczepianek słabszych i mocniejszych, dalej ażeby szczepienie zapobiegawcze rozpocząć wnet po zakażeniu zwierzęcia wścieklizną (najdalej następnego dnia), to wtedy dopiero ręczy, że doświadczenia się powiodą. Fr. przeprowadził szereg doświadczeń podług tego nowego spdsobu postępowania, nie osiągnął jednak ani jednego dodatniego wyniku; wszystkie zwierzęta uległy wściekliźnie i przy tej nowej metodzie (forsowniejszej) szczepienia.

16) Przy tych nowych ostatnich doświadczeniach doszedł Fr. do dalszego a bardzo doniosłego wyniku, tj. że przy szczepieniu rychło po sobie następującemi, coraz to mocniejszemi szczepiankami nie można się spodziewać siły ochronnej słabszych szczepianek względem następujących wnet mocniejszych. Z szeregu psów i królików, które przy poprzednim szeregu doświadczeń dla kontroli służyły, a które poddano forsowniejszej metodzie leczenia bez poprzedniego zakażenia ich, zginęła większa część wskutek wścieklizny.

16) Zwierzęta, które po podskórnem zaszczepieniu zarazkiem wścieklizny ulicznej poddano leczeniu zapobiegawczemu, wyginęły również z małemi wyjątkami wskutek wścieklizny, chociaż u niektórych trwał okres wylęgania aż do 34 dni.

Z doświadczeń Fr. wynika, że metoda Pasteura mająca ubezpieczyć zwierzęta od zarażenia wścieklizną, wymaga jeszcze wiele opracowania i doświadczeń, nim będzie można o niej orzec, że jest pewną i niezawodną, że p r z e t o n i e b y ł o p o d s t a w y d o r o z p o c z ę c i a l e c z e n i a z a p o b i e g a w c z e g o u l u d z i p o u k ą s z e n i u zapomocą tej metody, a nawet można przypuszczać, że przez samo szczepienie zapobiegawcze (zwłaszcza zapomocą metody nowszej, forsowniejszej,

obecnie przez Pasteura zalecanej) możebnem jest przeniesienie tak strasznej choroby na tych, którzy się leczeniu poddają. *W.*

(Zapatrywanie Fr. jest zupełnie zgodne ze zdaniem wyrażonem przez nas jeszcze przed rokiem w tej samej sprawie, teraz jednak uzyskano w doświadczeniach Fr. podstawę. Nadmienialiśmy również i o tem, że tutejsza szkoła weterynaryi (Prof. Dr. Seifman, Prof. Dr. Kadyi i Dr. Szpilman) zajęła w obec metody Pasteura to samo stanowisko i doświadczalnie dochodzi także do potwierdzenia wyrażonych w samych początkach zupatrywań). (Przy. Red.).

Dr. Baumgarten. **Próby przeszczepiania prątka durowego (bacillus typhosus).**

Nawiązując do prac Sirotinina Beumera i Peipera, dotyczących przeszczepienia prątka tyfusowego na zwierzęta donosi B., że od początku r. szkoln. 1886/7 do końca listopada r. z. kand. med. Wolfowicz przedsięwziął szereg badań w tej samej kwestyi, które wykazały, że mikroorganizmy znane obecnie jako prątki tyfusowe w żywym organiźmie królików, świnek i myszy się nie rozwijają, a więc dla wymienionych rodzajów zwierząt nie są patogenicznemi (podług Kocha są tylko te ustroje patogenicznemi, które okazują zdolność rozmnażania się wśród żyjącego organizmu). Badania Wolfowicza nie dostarczyły również i na to pewnego dowodu, czy w hodowlach prątka tyfusowego na żelatynie lub na ziemniakach znachodzą się trujące produkty rozkładowe, kilkakrotnie bowiem bardzo znaczne ilości tych hodowli (2 do 3 strzykawki Prawatza) wstrzykiwano bezskutecznie, do żył lub do jamy brzusznej zwierzętom (królikom). Co do bliższych szczegółów odsyła B. do pracy W. mającej się pojawić w najbliższej przyszłości. *W.*

O działaniu znieczulającem miejscowem Brucynu i Theinu.

Dr. Thomas J. May pierwszy zwrócił uwagę już przed dwunastoma miesiącami na działanie miejscowe tych leków. Wedle niego 5—10% roczczyn Brucynu jest w stanie znieczulić skórę i błony śluzowe do tego stopnia, że stósowanie olejku krotonowego lub gorczycznika na miejscu znieczulonem nie wywołuje wcale bolu. Po licznych doświadczeniach dokonanych na żabach i ludziach dochodzi do wniosku, że Brucyn działa mniej pewnie jak Kokain, jednak w razie działania dodatniego, działa znacznie dłużej od ostatniego leku; że działanie jego u żab jest zupełnie analogicznem z działaniem u ludzi i że wreszcie Brucyn działa porażająco na nerwy czucia od obwodu ku środkowi, gdy Thein przeciwnie takowe poraża od ośrodka ku obwodowi.

Thein poleca M. szczególnie przy nerwicach. Stosował ją w 39 przypadach zawsze ze skutkiem pomyślnym a w większej części

z wynikiem zupełnego wyleczenia, i to w postaci wstrzykiwań pod skórnych w dawce 8—15 centigramów.

(Bulletin gén. de Thérapeutique. 15 Janv). *Dr. Rosenbusch.*

Chirurgija.

Dr. Drobner. **Ciekawy przypadek strangulacyi prącia przez otwór żelażca od młotka.** (Z oddziału chirurg. kraj. powsz. szpitala lwowskiego).

Przypadek w tytule nadmieniony przydarzył się choremu S. W· lat 19 liczącemu mężczyźnie, który dnia 23 Grudnia 1886 do szpitala się zgłosił i został przyjętym. Chory podawał pierwotnie, że towarzysze jego z figlów nasadzili mu tak żelażco na prącie, później przyznał się jednakże, że sam prącie do otworu żelażca włożył (prawdopodobnie onanizując się w ten sposób).

Stat. praes. Indywiduum dobrze zbudowane i odżywione. Prącie silnie obrzmiałe wskutek ucisku w dolnej części żelażcem od młotka. Żelażco ważące około 1½ kilogr., kształtu podłużnego, miało we środku otwór walcowaty, szerokości 3 ctm. w średnicy, długość boku owego walcowatego otworu wynosiła przeszło 4 ctm. W otworze tym znajdowało się prącie ściśnięte przy nasadzie jakby pierścieniem. Po za otworem wiszący koniec prącia był tak silnie obrzękły, że średnica grubości tegoż była przeszło 3 razy tak wielką jak średnica otworu w żelażcu. Nim chory przybył na oddział chirurg. upłynęło od zaciśnięcia prącia około 26 godzin i chory niezawodnie robił usiłowania wydobycia prącia z otworu żelażca.

W celu wyleczenia chorego próbowano wykonać repozycyję w ten sposób, że pomazano prącie oliwą naciągając zarazem nieco prącie, ażeby oliwa także między ściany otworu żelażca a prącie weszła. Ten sposob jednakże z powodu bardzo znacznego obrzmienia prącia nie doprowadził do celu i musiano się uciec do skaryfikacyj obrzękłej części prącia. Około 30 głębokich nacięć i ugniatanie silne prącia przy równoczesnem obracaniu żelażca naokoło pionowej osi jego, uwieńczyło zabiegi pomyślnym skutkiem. Uwolnione od żelażca prącie powróciło pod zimnemi okładami i antyseptycznym opatrunkiem w przeciągu 20 dopiero dni do stanu prawidłowego.

Nadmienić chyba jeszcze wypada, że żelażco przez 28 godzin tak prącie uciskało, że cewka moczowa była uciskiem zamknięta zupełnie i chory moczu wcale oddawać nie mógł, aż dopiero po zdjęciu żelażca z prącia wydzielił mocz w bardzo znacznej ilości.

Rosenthal. **400 cięć bocznych na kamień**. (Dokończenie).

Przechodząc do trzeciego warunku t. j. ciężaru kamienia autor ze swoich spostrzeżeń przytacza:

1) Średni przeciętny ciężar kamienia jak i średnie maximum powiększają się wraz z wiekiem. 2) Maximum ciężaru było 163 gr. 3) W przypadkach przebiegających śmiertelnie średni ciężar był większy od średniego ciężaru obliczonego dla wszystkich operowanych, z wyjątkiem dla wieku od 6—11 lat. 4) W przypadkach kończących się śmiercią średni ciężar jest niższy od średniego maximum.

Z 400 operowanych było kamieni cięższych niż 40 gr. w 31 przypadkach, a z tych, cięższych niż 60 gr. w 17 przypadkach. Z tych 31 umarło 12 t. j. 30·6%, wszyscy jednak umarli wskutek pyelo-nephritis, na którą cierpieli jeszcze przed operacyją. Średnia długość życia u tych chorych była 26 lat, a średnia długość choroby 21 lat.

IV. Wpływ procesów gnilnych na wyniki operacyi przy sectio lateralis.

Na 34 przypadków letalnych, u 11 nastąpiła śmierć wskutek infiltracyi ropnej, 5 wskutek posocznicy, 17 wskutek pyelo nephritis, 1 wskutek schocku — zatem 16 przypadków śmierci wskutek procesów gnilnych, co stanowi 47·5% wszystkich śmiertelnych wyników a 4% wszystkich operowanych. W wieku od 1 do 5 lat wszystkie przypadki śmierci nastąpiły wskutek ropnej infiltracyi tkanki łącznej podsurowiczej. Ponieważ obraz choroby w takich razach jest bardzo podobnym do peritonitis, wskutek tego wielu a między nimi i Thompson uważają za przyczynę śmierci nie procesy gnilne ale peritonitis.

Po zestawieniu procentu śmiertelności wskutek procesów gnilnych przy sectio lateralis i sectio alta, okazuje się: u Rosenthala 4%, u Schmitza przy ścisłej antisepsis 17·4%, u Meyera 20%, u Ebermanna 9·4%. W wieku od 1—12 lat umarło wskutek procesów gnilnych (na 236 przypadków 7) 2·1%, u Schmitza zaś 17·7% wskutek czego nie może być i kwestyi, mówi autor, jaki sposób operowania przedstawia wyższość.

Jaki wpływ miały procesy gnilne na przypadki, które zakończyły się wyzdrowieniem w statystyce autora?

Przypadki przebiegające z gorączką dzieli autor na 2 grupy: do pierwszej należą te, gdzie gorączka występowała wkrótce po operacyi — pierwotna gorączka; — do drugiej zaś te, gdzie po przebiegu bezgorączkowym lub po ustaniu pierwotnej gorączki, chorzy zaczęli znowu gorączkować. Tę właśnie powtórną gorączkę autor objaśnia w większości przypadków wystąpieniem pyelitis jak i paranephritis. Przyczyną tej pyelitis jak i paranephritis autor upatruje w zatrzymaniu w pęcherzu po operacyi rozkładającego się amonijakalnego moczu, co przy sectio lateralis nie następuje tak łatwo jak przy sectio alta, lecz przecież wydarzyć się może.

Z 300 wyzdrowiałych w statystyce autora u 128 (41·3%) był przebieg zupełnie bezgorączkowy, u 96 (33·4%) była gorączka pierwotna, u 32 powtórna, u 14 nakoniec zależała od przypadkowych komplikacyj. U Schmitza z 24 przypadków przebieg bezgorączkowy był tyko u 4 (16·6%), u 16 była gorączka pierwotna (66·6%) a u 4 powtórna (16·6%).

Krwotok podczas operacyi nastąpil u autora 8 razy i łatwo dał się zatamować uciśnięciem palca. Krwotok następowy był w 2 przypadkach i także nie miał złych następstw. Przypadki śmierci wskutek krwotoku u Thompsona autor objaśnia tem, że Thompson, jako przeciwnik kruszenia kamienia przez ranę międzykrocza, musiał robić głębokie i szerokie nacięcia partis prostaticae i szyjki pęcherza. Autor postępując dawniej za przykładem Thompsona miał 22% śmiertelności, która spadła do 8·5% od czasu, jak zaczął robić małe cięcie partis prostaticae i szyjki, a gdzie kamień był za duży, tam go kruszył przez ranę międzykrocza. Kruszenie podobne przez ranę jak i rozszerzanie partis prostaticae autor nie uważa za niebezpieczne w rękach wprawnych. Autor jest dalej przeciwnikiem lithotomiae medianae, utrzymując, że przy niej pole operacyjne jest ścieśnione, a zranienie kiszki (?) i uszkodzenie colliculus seminalis łatwiej może nastąpić jak przy sectio lateralis, rozszerzenie zaś w razie potrzeby partis prostaticae w takim samym stopniu jest możebne przy sectio lateralis jak i mediana.

Co się tyczy zranień kiszki, to w statystyce autora miało ono miejsce 6 razy podczas operacyi, oprócz tego dwa razy łączność z rectum utworzyła się po operacyi. Jeden z tych 8 przypadków nie zgodził się na rozcięcie szyjki pęcherza, u drugiego operacyja ta niepomogła i tylko ci chorzy wyszli ze szpitala z przetokami, 6 zaś innych wyszli zdrowymi. Co się zaś tyczy przetok i nawrotów choroby, to one spostrzegają się i przy sectio alta (Tiling, Hofmokl), nakoniec co do bezpłodności po sectio lateralis, to autor uważa to jako urojenie

Autor zakończa podaniem statystycznych dat co do składu chemicznego kamieni i porównaniem ilości dni leczenia u siebie przy sectio lateralis i u Schmitza przy sectio alta. U Schmitza średnia ilość dni leczenia wynosi 31·7, u autora zaś względnie do wieku od 15·4 do 30 dni.

Dr. Sztembarth.

C. B. Nancrede (Filadelfia). **Rana postrzałowa brzucha.**

Na posiedzeniu akademii chirurgicznej w Filadelfii, odbytem pod przewodnictwem Dra S. W. Grossa dnia 1 Listopada 1886 C. B. Nancrede odczytał rzecz o następującym przypadku:

24 Lipca 1886 przyjęto na oddział chirurgiczny 15-letniego chłopca z raną postrzałową brzucha (kula 22 kalibr.) na dwa cale powyżej pępka a na cal na lewo od linii białej. Krwawienia z rany nie było, chory nie doznawał znacznych boleści i wymiotował, ale nie krwawo. Wstrząs był nieznacznym. W trzy kwadranse po przybyciu do szpitala wystąpiły po raz pierwszy wymioty krwawe, a do wieczora (między godziną 4 a 7) się powtórzyły, tak że ilość krwi wymiotowanej wynosiła około 20 uncyj. Zastósowano worek z lodem na brzuch i podano 3 krople *liq. ferri sesquichlor.* O godz. 10 min. 30 wieczór wykonano laparotomiję. Wprowadzono najpierw zgłębnik przez ranę dla zapewnienia się czy otrzewna została zranioną (? sprawozd.) a stwierdziwszy to poprowadzono cięcie w linii białej; natrafiono najpierw na ranę przedniej powierzchni żołądka, gdy jednak za naciśnięciem na ten narząd żadna treść się nie wydobyła, użyto znów zgłębnika, który po niedługich manipulacyjach wszedł do jamy żołądka; ranę tę zaszyto szwem Lemberta.

Następnie znaleziono ranę na przedniej ścianie dwunastnicy, dalej na tylnej ścianie żołądka a wreszcie na tylnej ścianie dwunastnicy; wszystkie te rany zeszyto szwem Lemberta. Rany wyjścia kuli były znacznie większe i nieregularne. Innych ran nie znaleziono pomimo ścisłych poszukiwań. Przez 2 dni chory był zupełnie swobodnym, nie miał żadnego bolu, dopiero w 48 godzin po operacyi ciepłota podniosła się, brzuch przytem był zupełnie nie bolesny i zapadnięty; ciepłota wzmogła się do 108·4 F., wystąpiły drgawki i chory umarł 27 Lipca o godz. $11^1/_2$ w południe.

Ponieważ sekcyi nie wykonano przyczyna śmierci została niejasną. Autor w porozumieniu z pewną znakomitością (którą? przyp. sprawozd.) na polu chorób nerwowych przypuszcza, że drgawki i podniesienie gorączki odnieść należy do odruchu z powodu zadrażnienia *plexus solaris*; dla zapalenia otrzewny (*peritonitis*) nie było właściwych objawów. Dr. C. W. Dulles przypuszcza wprawdzie, że podniesienie stanu gorączkowego może wzbudzać podejrzenie zajęcia ośrodka dla ciepłoty ciała, drgawki także przemawiają według niego za zajęciem ośrodka nerwowego, możliwie wskutek dostania się skrzepów krwi do naczyń mózgowych, jednak znane mu są przypadki zapalenia otrzewny przebiegającej za życia bez właściwych objawów; jest zatem rzeczą niepewną czy zapalenie błony brzusznej nie miało miejsca w tym przypadku.

Dr. S. W. Gross przytacza przypadek rany postrzałowej, w którym zeszyto 4 rany jelita i 2 rany kreski. Chory jego umarł z zapalenia otrzewny; rany jelit zagoiły się, ale rany kreski ropiały

zdaje się dlatego, że kreska nie była wyciętą w miejscu rany przed założeniem szwów.

Ciekawą rzeczą w przypadku Nancreda było zupełne zamknięcie się rany wejścia w żołądku, tak że żadna kropla krwi nie wylała się do otrzewny a ranę tę otworzył dopiero N. sondą; N wysnuwa stąd następujący wniosek: jest rzeczą prawdopodobną, że w razie przebicia tylko przedniej ściany żołądka kula mogłaby przejść przez przewód pokarmowy i chory mógłby wyzdrowieć bez zabiegu operacyjnego.

Dr. Gross uważa jako przyczynę śmierci w opisanym przypadku gnilne zatrucie krwi nie w następstwie zapalenia otrzewny, ale wskutek wchłonienia ptomainów z płynów rozkładających się.

(Philadelphia med. Times November 27. 1886). *Dr. Barącz.*

Thomas G. Morton. **Wykład kliniczny o przypadkach bolesnego uczucia w stopie (Clinical lecture on cases of painful affection of the foot).**

Od 1870 r. zajął się autor badaniem tego cierpienia i obecnie liczba obserwowanych przez niego przypadków odnośnych wzrosła do 28. Cierpienie to polegać ma na napadach silnego, różnie długo trwającego bolu w stopie w okolicy główki czwartej kości śródstopia od strony podeszwy. Przyczynę napadów tych najczęściej chorzy odnoszą do urazu zewnętrznej strony stopy; ból ten ustępuje zazwyczaj po zdjęciu obuwia, a lekarze, u których chorzy tacy szukają pomocy, uważają stan ten jako newralgiję lub gościec. Ból występuje czasami i w sąsiednim stawie 3go palca. Niewątpliwie odnieść tu należy przypadek Dra Erskina Masona z Nowego Yorku, ogłoszony jako neuralgia metatarso-phalangea (*American Journ. of the Med.* Sc. Art. 1877) a skutecznie wyleczony za pomocą resekcyi stawu 2go palca. Bolesne to cierpienie miejscowe stawu występuje albo w postaci łagodnej albo cięższej, i to w stawach obu albo tylko po jednej stronie; w niektórych przypadkach złe obuwie powoduje chorobę, czasami jednak takowa powstaje bez znanej przyczyny. Z pomiędzy kilku odnośnych historyj chorób przytoczonych przez autora, ciekawemi są 2 dotyczące lekarzy, z których jeden poddawszy się resekcyi bolesnego stawu wyzdrowiał zupełnie. Ze względu na etyjologiję choroby to newralgiję tę odnieść należy do anatomii dotyczących części. Stawy śródstopowo-palcowe pierwszych trzech palców leżą jak wiadomo w jednej linii, podczas gdy główka czwartej kości środkowej śródstopia leży o $^1/_8$ do $^1/_4$ cala za główką trzeciej, a głowa piątej leży o $^3/_8$ do $^1/_2$ cala za głowę czwartej; staw więc trzeciej kości leży nieco przed stawem 4, a staw 5tej jest znacznie w tyle po za stawem 4tej. Z powodu charakterystycznego ułożenia kości zastopia trzy pierwsze

kości śródstopia są bardzo mało ruchome, 4 ta jest bardziej, a 5-ta najbardziej ruchoma. Ucisk zatem wywarty na bok stopy wywołuje zetknięcie się stawu 5go z szyją czwartej kości śródstopia, a koniec 5tej kości śródstopia obraca się nad i pod 4ta kość. Mechanizm choroby łatwo pojąć uwzględniwszy sposób zaopatrzenia w nerwy tych części; gałęzie *N plantaris externi* zaopatrujące mały palec i zewnętrzną część czwartego głęboko umieszczonego pomiędzy tymi palcami, łatwo mogą być uciśnięte przez nagłe silne ściśnięcie przedniej części stopy, a każdy ruch stopy dyslokujący palce, może wywołać napad newralgiczny.

Leczenie w ostrych przypadkach wywołanych urazem, winno polegać na stósowaniu miejscowe środków odciągających, kojących, jakoteż spokoju a w przypadkach mniej cięższych noszeniu obuwia o szerokich podeszwach; wielkiej ulgi doznają również chorzy po zastósowanie obok tego miernego ucisku opaską flanelową tak, ażeby dotyczące części nieco ustalić a przeszkodzić przesuwaniu się odnośnych stawów. Nawet w najcięższych przypadkach należy próbować najpierw tu przytoczonego sposobu leczenia; w niektórych jednak wycięcie części wrażliwej tj. resekcyja odnośnego stawu łatwo wykonalna przynosi trwały skutek.

Co do sposobu otwarcia stawu to autor otwiera go w uśpieniu za pomocą eteru cięciem około 2 cale długiem na grzbiecie stopy, na zewnętrznym brzegu ścięgna 4go palca mięśnia *extensor digitor. commun. long.* poczem usuwa kawałek trzonu czwartej kości śródstopia wraz z główką, a często także i $^1/_4$ cala z kości palca. Rana zazwyczaj goi się szybko, skrócenie palca wynosi zaledwie $^1/_2$ cala, a nerwoból trwale ustępuje.

(Philadelphia Med. Times. October 2. 1886). *Dr. Barącz.*

Urwicz. **Tamponada ran i zawiązywanic szwów w jakiś czas po operacyi.**

Autor zmienił według Dąbrowskiego znany szew następowy Kochera o tyle, że do tamponowania używa gazy jodoformowej lub sublimatowej zamiast Kocherowskiej zawiesiny bizmutowej, również zakłada szwy podczas operacyi, lecz wiąże je dopiero po dwóch dniach lub nawet nieco później. W pięciu w ten sposób operowanych przypadkach przebieg gojenia był doskonały.

(Wracz 1886 nr. 19).

Mabboux. **Przyczynek do rokowania i wskazań przy operacyjach u osób gruźlicą dotkniętych.**

Autor dochodzi do następnych wyników. Obecność nawet wysoko posuniętej gruźlicy płuc nie stanowi przeciwwskazania do amputacyi kończyny dotkniętej gruźlicą stawów, jeżeli to cierpienie jest główne

i zagraża życiu. Usuwając to źródło cierpienia i wyniszczenia można powstrzymać rozwój cierpienia płuc, a nawet sprowadzić zupełne wyleczenie. Nawet w razie gdyby się to nie udało przynosi się choremu ulgę uwalniając go od nieznośnych bolów.

(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Peris XII. 101).

Ginekologija i Pedijatryja.

Mundé. **Elektryczność jako leczniczy środek w ginekologii** (Med. ricord 1885, Centralblatt für Gynäkologie Nr. 12. 1886).

Leczenie za pomocą elektryki znajduje w medycynie coraz szersze zastosowanie, tak że w ostatnich czasach i w chorobach kobiecych zaczynają w różnych stanach chorobowych tę metodę stosować.

Mundé stawia bardzo wysoko galwaniczny prąd jako środek leczniczy w ginekologii, który zastosowywać może każdy praktykujący lekarz. Używa tylko słabych prądów, nie wywołujących żadnych bolów, lecz za to zastosowuje je codziennie, albo co drugi dzień. Gdzie przykładać elektrodę dodatnią, a gdzie ujemną, uważa za rzecz obojętną; tylko przy ograniczonych bolach kładzie zwykle elektrodę dodatnią na miejsce bolesne. Tak n. p. przy wypocinach miednicowych wkłada elektrodę dodatnią do pochwy. Ponieważ ujścia do jam są zwykle najtkliwsze (empfindlich) przeto należy elektrody obwijać w skórkę a prąd zamykać, jeżeli elektrody już leżą w miejscu przeznaczonem. Tylko ostre i przyostrawe stany zapalne nie dozwalają zastosowania elektryczności Galwaniczny prąd jest wskazany: przy wybujałości (hyperplasia) macicy, przy przewlekłem zapaleniu jajników i trąbek, przy przewlekłem zapaleniu tkanki łącznej otrzewny i gruczołów limfatycznych, przy nerwobolach, dolegliwem miesiączkowaniu. nadżerkach (erosio) części pochwowej macicy, przy niedostatecznem przeobrażeniu wstecznem macicy, przy podotrzewnowych włókniakach i t. p. Prąd przerywany zać działa korzystnie w takich przypadkach, w których jest pożądane pobudzenie napięcia (Erregung des Tonus) a w szczególności przy niedostatecznem rozwoju macicy i jajników, przy braku miesiączki, przy niedostatecznem lub nadmiernem przeobrażeniu wstecznem macicy, krwotokach macicznych, zmianach w położeniu macicy, i przy śródmiąższowych włókniakach macicy. *Dr. Sielski.*

Franklin Martin (Chicago). **Elektroliza w ginekologii.** (Journ. of the Amer. med. assoc. 1885, Centralblatt für Gynäkologie Nr. 2, 1887).

Działanie prądu stałego na świeżą tkaninę wyjaśnia się w ten sposób, że następuje rozkład drobin (Molekül) i ruch płynnych części od bieguna dodatniego ku ujemnemu. Koło ujemnego bieguna tedy

koło którego nagromadziły się zamienione w płyn pierwiastki, następuje znaczniejsze chłonienie, a wiadomo, że odrost rozpadłych pierwiastków nie następuje, jeżeli one pochodzą z patologicznych złogów.

Na tej teoryi opiera M. działanie lecznicze prądu stałego w ginekologii. W taki sposób doprowadza się do rozpływu chroniczne zapalenia tkanki łącznej i otrzewny około macicy. Przyciskając elektrodę dodatnią na macicę, przykłada się ujemną w sklepieniu pochwowem (ewentualnie w kiszce stolcowej) na te miejsca, w których zamierza się wypociny doprowadzić do rozpływu. Posiedzenia odbywają się codziennie i trwają każdą razą po 10 minut.

Przy chronicznem zapaleniu jajników i trąbek miał autor najlepsze wyniki. Dodatnią elektrodę przykładał na odpowiadającem choremu organowi miejscu powłoki brzusznej, a ujemną w pochwie. Przy niedostatecznem przeobrażeniu wstecznem macicy i przy wybujałości macicy wkłada autor część pochwową macicy w kieliszkowato wydrążony koniec elektrody ujemnej. Przy zwężeniach szyjki i przedarciach części pochwowej używa elektrody (ujemnej), podobnej do zgłębnika (sondy).

Dr. Sielski.

Dr. Adolf Elsasser. **Nowy sposób (Dra Apostoliego) leczenia przewlekłego zapalenia macicy i nieżytu błony śluzowej macicy za pomocą galwanokoustyki śródmacicznej.**

Dr. Elsasser podał w dosłownem tłumaczeniu z francuskiego, podane mu przez Dra Apostoliego (w Paryżu) streszczenie nowego sposobu leczenia przewlekłego zapalenia macicy i nieżytu błony śluzowej macicy za pomocą galwanokoustyki. Tę metodę podał Apostoli już przed 4ma laty jako środek leczniczy włókniaków macicy.

„Ja przyżegam", mówi Dr. Apostoli, „całą mniej lub więcej chorą błonę śluzową macicy, lecz zamiast nowomodnych śródmacicznych wyłyżeczkowań, przepłukiwań, lub czysto chemicznych przyżegań, używam galwanokoustyki, która równocześnie i chemicznie działa. Działanie chemiczne polega na tem, że następuje postępowe zniszczenie błony śluzowej. W skutek rychło potem następującego odrostu, wzmaga się wsysanie wypocin i nowotworów".

Następnie opisuje A. potrzebne ku wykonywaniu tego zabiegu narzędzia: *a*) galwanometr, podzielony przynajmniej do 200 milliampér, *b*) stos elektryczny o sile do 200 milliampér, *c*) elektrodę do jamy macicznej, *d*) elektrodę na powłokę brzuszną, *e*) druty przewodnie.

Opisawszy dokładnie przebieg całej operacyi, którą powtarza co drugi dzień, albo tylko co tydzień, chwali A. zbawienne skutki opisanego postępowania.

Dr. Elsasser dodaje w końcu od siebie, że podczas jego kilkutygodniowego pobytu na poliklinice Apostoliego chore poddawały się temu leczeniu bardzo chętnie i zawsze były z dobrych skutków tegoż leczenia zadowolone. Szczególnie dobre wyniki widział przy krwotokach. Nawet przy krwotokach trwających całemi miesiącami, ustawały takowe już po dwu, a najwyżej po trzech posiedzeniach. Nieprzyjemnych przypadów nie zauważył E. żadnych, a chore, mimo nadzwyczajnej siły prądu, kiedy galwanometr pokazywał 200 albo i więcej milliamp. były zupełnie spokojne, jak gdyby na nich nie dokonywano operacyi. (Berlin. klin. Wochschr. Nr. 21. 1886). *Dr. Sielski.*

Półtorachlorek żelaza w kokluszu.

Dr. Illingworth zaleca (w the Britisch med. Journ. 4 sept 1886) na podstawie licznych doświadczeń i rozumowań teoretycznych stosowanie połtorachlorku żelaza obok lub i bez kw. karbolowego, stosownie do nasilenia choroby.

W leczeniu kokluszu, są własne jego słowa, podaje pół lub całą (jednę) kroplę połtorachlorku żelaza (perchlorure de fer czyli ferrum sesquichlor.) co 2, 3 lub 4 godzin z tą samą dawką kwasu karbolowego (acide phénique) w miksturze słodzonej — ulepku (syrupus) lub glicerynie. Jeżeli wskazanym jest lek uspokajający, podaje 25 centigr chloralu w zwykłym ulepku.

Wdychiwania gazu węglowego wody (hydrogène carboné) przez 1—2 minut, powtarzane 4—5 razy dziennie według polecenia W. T. Greck'a oddają dobre usługi przy tem leczeniu. W przypadkach objawów mózgowych (meningealnych) stosuje ze skutkiem roztczyn następujący:

Rozczynu dwuchl. rtęciowego według lekospisu angielskiego *)	15	gramów
Jodku potasu	1	„
Ulepku	15·0	„
Wody	60·0	„

Łyżeczkę kawową co 2—3 godzin.

Przy tej sposobności zwraca autor uwagę że i w dyfteryi (10—30 kropli dziennie) półtorachlorek żelaza, jak to również i Jules Simon potwierdza, znakomite oddaje usługi, jest to jeden z najlepszych środków wzmacniających serce i poprawiających mięszaninę krwi. (Bulletin général de thérapeutique z 15. XII. 1886).

Dr. Jaroszyński.

*) „Solution de bichlorure de hydrargyre de la pharmac. anglaise" rozczyn w naszej farmakopei nieznany. Przypominamy, że z dwóch przetworów (połączeń chloru i rtęci) tylko sublimat jest rozpuszczalnym we wodzie, zaś kalomel nie rozpuszcza się ani we wodzie, ani w alkoholu, ani w kw. rozcieńczonych.

Chinin w kokluszu.

Zdaje się że leczenie krztuśca zaczyna przechodzić podobne fazy jak leczenie dławca. Każdy niemal numer dziennika lekarskiego zawiera notatkę o „najnowszym i znakomicie działającym“ leku przeciw kokluszowi.

Obecnie czytamy sprawozdanie w „Philadelphia Med. Times“, (26 juni 1886) podane w zeszycie 11 z 15. XII. 1886. Bulletin général de Thérapeutique, donoszące że Thornton Parkes doświadczał znakomitych skutków chininu w kokluszu. Zaleca podawanie co 2 godz. po jednej łyżeczce rozczynu 2 grm. siarkanu chininu na 100 wody (albo 0·60 centigramów na 30 wody). *Dr. Pisek.*

Rezorcyn w kokluszu.

Ze względu że koklusz czyli krztusiec jest chorobą pasorzytniczą, należy uważać leczenie przeciwgrzybkowe jako jedynie racyjonalne w tem cierpieniu. Otóż Moncorvo stósował w licznych przypadkach kokluszu wkraplanie 1—2% wodnego rozczynu Rezorcynu, kilka razy dziennie wprost na głośnię z dobrym skutkiem.

(Revue mensuelle de laryngologie Nr. 5. 1886). *Dr. Pisek*

Choroby kiłowe i skórne.

A. Sabater y Castels. **Syfilis humana; probabilidade su transmision al perro** (Gaceta medica Cataluna. Borcelona. 1886 IX. p. 257 259). **Zaszczepienie kiły psom.**

U dwóch psów, którym został zaszczepiony przyrzut kiłowy, nastąpiły objawy zupełnie podobne do objawów kiłowych u człowieka spostrzeganych. Mianowicie z początku dostrzeżono na miejscu szczepienia wrzód stwardniały, następnie zaś wystąpiła osutka i zmiany swoiste na błonach śluzowych, obrzmienie gruczołów limfatycznych oprócz tego u jednego z tych psów, *onyxis*.

Według zdania autora, wszystkie wyżej wymienione objawy nie pozostawiały żadnej wątpliwości co do kiłowego ich pochodzenia. (? *ref.*) Należy tu nadmienić, iż sam autor widocznie niekoniecznie jest przekonanym o niewątpliwości kiły u psów, gdyż przytacza zdanie dwu innych lekarzy, którzy po opatrzeniu psów, wahali się wyrzec stanowcze zdanie co do kiłowej natury objawów. (sic. Przyp. ref.).

Dr. *Szadek.*

Edmond Blanc. **Zmiany chorobowe zębów przypisywane kile (syphilis).**

(Etude critique et clinique sur les altérations dentaires, attribuées a la syphilis héréditaire - Lyon médical 1886 3, 4, p. 73—83 et 113—125).

Po rozpatrzeniu istniejących dotychczas poglądów tyczących się dyjagnostycznego znaczenia chorobowych zmian zębów opisanych przez Hutchinsona, autor podaje opis 17 spostrzeżeń tyczących się dzieci, u których zauważono zmiany zębów, napotykano bardzo często przy kile. Wyniki autora są następujące: zmiany zębów opisane przez Huchinsona i przypisywane kile, mogą powstawać nietylko u kiłowych dzieci. lecz spowodowane bywają: zołzami, padaczką, niedostatecznem odżywianiem i niestosownem karmieniem; wszystkie też wpływy, mogące działać osłabiająco na ustrój, są wstanie wywołać zaburzenia w odżywianiu zębów u dzieci; — kiła dziedziczna też działa na zęby, osłabiając wątły ustroj dziecka. Zatem chociaż w wielu przypadkach należy przypuścić wpływ kiły dziedzicznej na zmiany zębów, mylnem jednak jest zdanie, jakoby Hutchinson'owskie zmiany zębów jedynie powstawały przy kile.

Kiła dziedziczna nie wywołuje tedy żadnych patognomicznych zaburzeń zębów, chociaż wpływa często na pierwsze ząbkowanie, opóźniając takowe, czasem zaś wywołując powstawanie nadżerek i t. p. zmian chorobowych na zębach, ostatnie jednak spostrzegają się często i w innych chorobach i chérach, jakoto przy krzywicy, zołzach, i t. d. Nazwa *kiłowych zębów* jest wcale nieodpowiednią i nieuzasadnioną, gdyż takowych w istocie nie ma, lecz wymienione zmiany zębów, opisywane jako kiłowe przez Hutchinsona i innych autorów, wypada raczej mianować *zębami chèrowemi* (cachectique).

Dr. Szadek.

J. Baratoux. **O kile narządu słuchowego.** Paryż 1886.

Poprzedzając pracę swoją dokładnem zestawieniem historyi kiły od czasów najdawniejszych do 1884 roku, omawia autor objawy kiły nabytej i wrodzonej. W dziale kiły części zewnętrznych ucha, podaje nowy przypadek wrzodu pierwotnego, usadowionego w zewnętrznym przewodzie usznym (meatus aud. ext.). Zapalenie zewnętrznego przewodu usznego przydarzające się w kile wtórorzędnej. nie przedstawia zdaniem A. odrębnej postaci jak to niektórzy twierdzą, ale jest prostem zapaleniem (otitis ext.), powstającem także i z innych przyczyn. Wrzód pierwotny w okolicy trąbki Eustachego przydarzać się ma nietylko we Francyi, jak to Niemcy twierdzą, ale i u nich. *). Następnie przechodzi Autor objawy kiły wtórorzędnej (nieżyt) i trzeciorzędnej

---

*) Sprawozdawca widział w zakładzie anat.-patol. Prof. Browicza w Krakowie wrzód kiłowy pierwszorzędny, usadowiony dokoła trąbki Eustachego u 18-letniej dziewczyny. Wrzody te powstają najprawdopodobniej przez zakażenie nieodrażonemi cewkami przy stosowaniu przyrządu Politzer'a.

(kilaki i narośla kostne) środkowej i wewnętrznej części przyrządu słuchowego. Ostatnią część pracy poświęca A. kile wrodzonej.

(Le Progrès Médical Nr. 35). *Dr. Rosenbusch.*

Dr. Neusser. **O Pelagrze w Austryi i Rumunii.**

Na posiedzeniu lekarzy wiedeńskich (dnia 21. Stycznia b. r.) zdawał sprawę Dr. N. ze swych badań nad pelagrą) poczynionych z polecenia ministerstwa oświaty w Friaulu austryackiem i w Rumunii.

Statystyką tej choroby dotychczas mało bardzo się zajmowano. Wedle obliczenia prelegenta było w austryackiem Friaulu w r. 1886. 1068 przypadków tej choroby tj. 3 procent całej ludności; w pewnych okolicach zaś procent dochodził do 25 od stu.

Pelagra wydarza się w każdym okresie życia i zarówno u mężczyzn jak i u kobiet, u dzieci zauważył N. jednak pewną odporność. Co się tyczy sposobu życia ludności nadmienić wypada, że w Friaulu największa część chorych przypada na ludność najuboższą, żyjącą prawie wyłącznie kukurudzą, podczas gdy w Rumunii uboga, tej chorobie podpadająca ludność, oprócz kukurudzy stanowiącej głowną część jej pożywienia także mleko, sér, rośliny strączkowe i mięso spożywa.

Pelagra charakteryzuje się szeregiem zaburzeń w skórze, trzewiach, jakoteż objawami nerwowemi. Najczęściej kolejność objawów bywa następującą: wśród uczucia ogólnego osłabienia, bolu i zawrotów głowy, jakoteż darcia w krzyżach, występują zaburzenia żołądkowo-jelitowe z początkiem wiosny, a równocześnie powstają zaczerwienienia na miejscach obnażonych skóry (Erythemata).

Po kilkutygodniowem trwaniu znikają takowe wśród łuszczenia a choroba zda się być ukończoną; z nastaniem następującej wiosny jednak znowu powraca a niektóre z wyż opisanych objawów występują ze znaczniejszem nasileniem, nadto dołączają się znaczne zaburzenia w sferze nerwowej, kurcze, kontraktury, zanik mięśni, wysoka gorączka, a i objawy mózgowe częstokroć do samobójstwa prowadzące wcale nie należą do rzadkich. Jeżeli choroba trwa jeszcze dłużej, natenczas występuje bardzo znaczne osłabienie czynności serca, porażenia kończyn i pęcherza moczowego, biegunka i ogólna puchlina wodna, a zaburzenia w sferze umysłowej przechodzą w końcowe pomięszanie. Kolejność tych objawów nie zawsze bywa jednaką, zazwyczaj wyż określone bywają wyprzedzone nieznacznemi zaburzeniami sfery umysłowej tworzącemi okres zwiastunów.

„Erythemata“ jakie powstają na skórze mają b. wielkie podobieństwo z gnuśnie przebiegajęcemi postaciami róży, a polegają zdaniem N. na zmianach w nerwach odżywczych a słońcu przypada tylko rola „*cauterisationis provocatoriae*“.

Pelagra przebiega zazwyczaj bez gorączki, w jednym tylko przypadku zauważył N. przebieg tyfoidalny, znany zresztą włoskim lekarzom jako Pellagra typhosa.

Co do powikłań tej choroby wydarza się takowe z durem, zatruciem wyskokowem, najczęściej z zimnicą, rzadko z gruźlicą. często natomiast z kiłą. Ciąża i połóg nie ma wpływu na jej wystąpienie, karmienie zaś je ułatwia. Głównych postaci, pod jakiemi choroba ta występuje, przedstawia N. dziesięć a mianowicie: 1. jako choroba umysłowa, 2. wśród objawów „*Sclerosis lateralis amyotrophicae*“, 3. jako „*Tetania*“, 4. jako zapalenie opon mózgowych, 5. jako ostry nieżyt przewodu pokarmowego, 6. przewlekle, jako zanik narządów ogólny, 7. pod obrazem „*anaemiae essentialis*“, 8. pod postacią choroby *Addison'a*, 9. jako choroba wyłącznie skórna, 10. jako Pellagra sine Pellagra, t. j. bez zmian na skórze.

Zmiany anatomiczne odpowiadają objawom za życia stwierdzonym. Przyczyną tej choroby ma być jak to w licznych przypadkach udowodniony związek wykazuje, używanie kukurudzy jako głównego pożywienia. Przeciwny zdaniu Cuboni'ego, który za przyczynę tej choroby uważa grzybki chorobotwórcze usadawiać się mające w przewodzie pokarmowym, uważa N. przyczynę pelagry jako czysto chemiczną.

Pelagra zdaniem N. jest wynikiem działania dwóch czynników, z których jeden tkwi w zepsutej kukurudzy, drugi zaś w stanie przewodu pokarmowego ludzi żywiących się kukurudzą. Chorobotwórczą siłę zaś oprócz mąki kukurudzanej ma posiadać także wódka z zepsutej kukurudzy wyrabiana. W końcu przedstawia N. środki zapobiegawcze, mające na celu działanie przeciw zgubnemu wpływowi tej choroby, polegające już to na wyborze i zaprowadzeniu najlepszych i najrychlej dojrzewających gatunków kukurudzy, jużto na zastępowaniu tejże innemi roślinami i poprawianiu nieudanego plonu przez ogrzewanie i sztuczne osuszanie, dalej na urządzeniu przytulisk i kolonij dla osób chorobą tą doktniętych (na koszt państwa) a wreszcie poprawienie zdrowotności kraju przez regulacyję rzek i sztuczne odwadnianie.

(Wiener med. Pr.). *Dr. Rosenbusch.*

KRONIKA.

Współudział w pracy około naszego wydawnictwa przyrzekli w dalszym ciągu: Dr. Drobner, Dr. Gliksman, Dr. Gońka, Dr. Surzycki i Dr. Sysak.

Prof. Dr. Mikulicz zaszczytnie znany jako autor w kraju i zagranicą, znakomity prof. chirurgii, został powołany na katedrę chirurgii do Królewca

i wezwaniu temu niestety nie mógł odmówić. Nie naszą rzeczą wchodzić w powody, dla jakich profesor M. nie mógł odmówić i nie odmówił powołaniu do Królewca, stwierdzamy tylko że Wydział lekarski Wszechnicy Jagiellońskiej ponosi przez odejście prof. M. ciężką stratę. Że tak jest, świadczy ta okoliczność, iż tak uczniowie Wydziału lekarskiego jak i profesorowie, (bo Senat cały) prosili uroczyście prof. M. aby nie opuszczał Krakowa. Jak donoszą dzienniki, miało być już zapóźno odmawiać, gdyż nominacyja już zapadła.

Wyrażając żal z powodu opuszczenia naszego kraju i naszej Wszechnicy Jagiellońskiej przez prof Mikulicza, jesteśmy w możności równocześnie pocieszyć naszych czytelników, że dla nauki polskiej prof Mikulicz i dalej pracować nie przestanie a i czasopismo nasze zamieści nie zadługo jednę z prac znakomitego operatora.

Dr. J. Wiczkowski, były sekundaryjusz kraj. szpitala powszechnego lwowskiego a nasz współpracownik, mianowany został przez Wydział krajowy chemikiem szpitalnym. Cieszymy się mocno, że sprawa ta, którą poruszaliśmy w naszem piśmie od samego początku raz wreszcie ku ogólnemu zadowoleniu załatwioną została.

Przy tej sposobności zawiadamiamy P. T. Kolegów, że kol. Dr. Wiczkowski zarządzając pracownią chemiczno-patologiczną przyjmuje do badań chemicznych jakoteż mikroskopowych wydzieliny jak: mocz, plwociny, kał, treść żołądkowa itp. oraz dokonywuje rozbiory pokarmów i napojów.

Fundusz wdów i sierót po lekarzach galic. jest niestety bardzo niewielki, a wdów i sierót potrzebujących będzie coraz więcej, albowiem czasy są coraz cięższe i „praxis aurea“ należy dziś już tylko do szczęśliwych wyjątków. Koledzy z prowincyi nas zapytują, ile mają przysłać pieniędzy na Fundusz wdów i sierót, przy sposobności jubileuszu protomedyka Dra Biesiadeckiego i na czyje ręce? Nam się zdaje, że należałoby przysyłać ile możności jak najwięcej, zważywszy tak szlachetny i pożyteczny cel, adresować zaś przesyłki na ręce Prof. Dra Czyżewicza we Lwowie. Dla braku miejsca odkładamy uwagi w tym przedmiocie na przyszłość, tylko nadmienić jeszcze musimy, że powinniśmy nałożyć sobie stały roczny podatek na ten fundusz, wynoszący np. 1—2 zł. pro mille od dochodów, jakie każdy z lekarzy z praktyki pobiera, co licząc na 900 prawie lekarzy w Galicyi praktykujących, przysporzyłoby funduszowi corocznie znaczną sumę pieniędzy, a 1—2 złr. pro mille odłożyć byłoby tylko chyba w wyjątkowych przypadkach rzeczą uciążliwą. Z naszej strony obowiązujemy się do składania corocznie przynajmniej 5 złr. na fundusz pomieniony.

Nekrologi. Już po zamknięciu numeru otrzymaliśmy smutną wiadomość o śmierci dwóch kolegów na prowincyi, a mianowicie w Horodence zmarł dnia 20 b. m. kol. Dr. Piotr Sakowski, a w Kamionce strumiłowej Mag. Chir. Łazarz Landau (także 20 b. m.). Obaj koledzy zmarli wskutek tyfusu plamistego, zaraziwszy się tą ciężką a z pośród lekarzy tak wiele ofiar porywającą chorobą Jeden i drugi kolega pozostawił żonę i pięcioro drobnych dziatek a żaden nie pozostawił po sobie majątku.

Ze ś. p. kolegą Sakowskim łączyła nas z ławy uniwersyteckiej osobista przyjaźń. Kto tylko znał tego cichego a pełnego zalet pracownika, musiał go pokochać. To też w Horodence, gdzie osiadł przed 10 laty, był on b. kochanym i poważanym jako człowiek, — a cenionym jako lekarz. Ś. p. Łazarz Landau pozostawił również po sobie bardzo dobre imię w Kamionce strumiłowej. *Sit eis terra levis.*

Z Drukarni Ludowej we Lwowie, pod zarządem Stanisława Baylego.

OGŁOSZENIA.

K. Rząca i Chmurski w Krakowie.

Dplomy honorowy i medal rządowy.

Konc. Zakład fabr. Wód miner. sztucz.

WODY MINERALNE

(sztuczne).

Żelazista z pyrofosforanem sodowo-żelazowym, jedyna woda dla pacyjentów z wrażliwym przewodem pokarmowym.

Litowa, przeciw kamieniom i artrytyzmowi.

Jodowa, przewyższa ilością jodu wszelkie wody rodzime.

Alkalizna, jak **Selterska**. — **Alkaliczno-Sodowa**, jak **Vichy** — **Alkaliczno-Sodowa**, jak **Bilińska**. — **Gorzka**, jak **Wiktoryja**. — **Woda Sodowa**.

☞ Wody te aprobowane przez Towarzystwo lekarskie w Krakowie, powszechnie ze skuteczności znane. — Odnośne rozbiory chemiczne tych wód i cenniki, tudzież świadectwa przesyła się na żądanie opłatnie.

Medal zasługi wystawy lekarsko-przyrodniczej.

Ces. król

Najwyższe uznanie.

WODY MINERALNE LEKARSKIE

ze zdrojowiska

Gleichenberg

w Styryi.

Znakomity środek leczniczy przeciw nieżytom wszystkich błon śluzowych i narządów trawienia.

Najlepszy i najzdrowszy napój orzeźwiający.

Nabyć można we wszystkich większych aptekach, drogueryach i Dyrekcyi zdrojowej

w Gleichenbergu (w Styryi).